Cystite aiguë simple
(Recommandation « Vidal)

Mise à jour de la Reco : 16/11/2010
Mise à jour des listes de médicaments : 20/01/2011

La cystite aiguë simple de la femme de 15 à 65 ans est une inflammation de la vessie et de l'urètre d'origine infectieuse.

Physiopathologie

Les germes le plus souvent en cause sont des entérobactéries d'origine fécale (Escherichia coli 70 à 95 %, autres entérobactéries dont Proteus mirabilis, Klebsiellae 15 à 25 %, Staphylococcus saprophyticus 1 à 4 %).

Epidémiologie

On estime que 40 à 50 % des femmes ont au moins une infection urinaire au cours de leur existence.

Complications

Les complications possibles sont une hématurie macroscopique, la survenue d'une pyélonéphrite et, plus fréquemment, la récidive.

Diagnostic

La cystite aiguë simple de la femme de 15 à 65 ans associe à des degrés divers une dysurie, une pollakiurie, des brûlures et une impériosité mictionnelles.
La bandelette urinaire (BU) multiréactive confirme le diagnostic d'infection (présence de leucocytes et de nitrites). Une BU négative (absence de leucocytes et de nitrites) permet d'exclure le diagnostic de cystite avec une probabilité > 95 %Grade A.
Aucun autre examen complémentaire n'est recommandé.Grade A
La notion de cystite aiguë dite simple suppose l'absence de facteur de risque de complicationAccord Pro, notamment :

- absence de pathologie organique ou fonctionnelle de l'arbre urinaire (résidu vésical, reflux, lithiase, tumeur, acte récent, etc.) ;
- absence de situation pathologique particulière (diabète, immunodépression, insuffisance rénale, etc.) ;
- absence de terrain physiologique particulier (sujet âgé avec comorbidité, femme enceinte, homme).

Quels patients traiter ?

Toutes les femmes présentant des signes cliniques de cystite aiguë, après confirmation, si possible, du diagnostic par un examen par bandelette urinaire (BU) avant le traitement.
Objectifs de la prise en charge :

- Soulagement de la douleur.
- Guérison de l'infection.
- Prévention des complications.

Prise en charge

Cystite aiguë non compliquée

1 - Bandelette urinaire
C'est la méthode diagnostique de choix. Le virage de la plage des leucocytes est témoin d'une pyurie, celui de la plage des nitrites, d'une bactériurie. La valeur prédictive du dépistage par BU est élevée (valeur prédictive négative > 95 %) dans la cystite aiguë simple. Les causes de faux négatifs des nitrites sont : dilution des urines, régime restreint en nitrates, infections à Staphylococcus saprophyticus.

2 - Examen cytobactériologique des urines (ECBU)
Indiqué en cas de résultat négatif ou douteux de la bandelette, certains auteurs le préconisent à titre systématique.
3 - Prise en charge thérapeutique
L'antibiothérapie est probabiliste. Le médicament recommandé est la fosfomycine trométamol en dose unique.Grade A D'autres médicaments peuvent être également utilisés : la nitrofurantoïne (traitement de 5 à 7 jours)Grade A ou une fluoroquinolone (ciprofloxacine, loméfloxacine, norfloxacine et ofloxacine), en dose unique ou pendant 3 jours selon les médicamentsGrade A.
En cas de suspicion d'infection à Staphylococcus saprophyticus (femmes < 30 ans et recherche de nitrites négative à la BU), privilégier la nitrofurantoïne ou les fluoroquinolones.
Peuvent être utilisés au vu d'un antibiogramme : bêtalactamines, céphalosporines de 1re et 2e générations, pivmecillinam et sulfaméthoxazole-triméthoprime.
Une diurèse > 2 litres par jour a un effet antalgique.

4 - Guérison cliniqueAccord Pro
Il n'est pas nécessaire de reconvoquer la patiente pour un contrôle par BU ou ECBU.

5 - Persistance des symptômes
En cas de persistance des symptômes après 3 jours de traitement, un ECBU sera réaliséGrade B, complété, au moindre doute, d'une imagerie rénale.

6 - Bilan complémentaire
Nécessaire en cas de multirécidives, il comprend un bilan clinique (dont examen gynécologique), biologique (glycémie, glycosurie, protéinurie, créatininémie) et radiologique (abdomen sans préparation, échographie des voies urinaires).
En cas de doute sur l'existence d'un reflux vésico-urétéral, il peut être complété par une cystoscopie ou une cystographie rétrograde.

Cas particuliers :

Cystite récidivante
(> 4 épisodes infectieux urinaires par anAccord Pro)
Le traitement de chaque épisode de cystite récidivante peut être similaire à celui d'une cystite aiguë simple.
En cas de réapparition des symptômes, il est recommandé que la patiente puisse faire le diagnostic de cystite elle-même à l'aide d'une bandelette urinaire.
Un traitement autodéclenché par la patiente selon les résultats de la bandelette urinaire peut être proposé au cas par cas après éducation et sélection des patientesGrade A. Le traitement est indiqué en cas de leucocyturie à la bandelette.
Les différentes mesures destinées à prévenir les récidives sont détaillées dans les Conseils aux patients.
La cranberry (Vaccinium macrocarpon), fruit d'une airelle proche de la canneberge, pourrait avoir un effet de prévention des infections urinaires basses non compliquées. Les modalités d'utilisation ne font pas l'objet de consensus.
Nitrofurantoïne et sulfaméthoxazole-triméthoprime ont fait la preuve de leur efficacité en terme de réduction du nombre d'infections urinaires aussi bien dans le cadre d'une prophylaxie post-coïtaleGrade B que pour une prophylaxie continueGrade A, hors indication d'AMM.
En l'absence d'efficacité démontrée, le nitrate d'argent par instillation ne doit plus être utilisé.
Cystite à Staphylococcus saprophyticus
Elle est suspectée chez une femme de moins de 30 ans en cas de leucocyturie sans nitriturie à la bandelette urinaire.
Le traitement doit privilégier nitrofurantoïne (5 à 7 jours) ou fluoroquinolone (3 jours).
Bactériurie asymptomatique ou colonisation urinaire

Elle correspond à la présence de micro-organismes à un taux significatif dans l'arbre urinaire sans manifestation clinique ni réaction inflammatoire (leucocyturie notamment) : bactériurie > 105 germes/ml sans leucocyturie.
Sa fréquence augmente avec l'activité sexuelle et avec l'âge.
En l'absence de facteur de risque de complication, aucun traitement n'est nécessaire.Grade A

Cystite aiguë compliquée
Il s'agit d'une cystite chez un patient présentant des facteurs de risque de complication : sexe masculin, sujet âgé, pathologie urologique, diabète, immunodépression, insuffisance rénale.

- L'ECBU sera systématiquement réalisé.

En traitement probabiliste, selon les recommandations de l'Afssaps, sont recommandés : de préférence la nitrofurantoïne (hors AMM), ou le céfiximeGrade A ou une fluoroquinoloneGrade A.
Le traitement sera, si nécessaire, adapté aux résultats de l'antibiogramme.

Cystite aiguë de la femme enceinte
Il s'agit d'une cystite aiguë compliquée.
Le traitement probabiliste utilise céfixime pendant 5 joursAccord Pro ou nitrofurantoïne pendant 7 joursGrade B.
Le traitement sera éventuellement adapté aux résultats de l'antibiogramme.

- Un ECBU de surveillance à réaliser une dizaine de jours après l'arrêt du traitement est nécessaire.

Cystite de la petite fille
En l'absence d'uropathie, l'antibiothérapie est orale et repose sur l'association sulfaméthoxazole-triméthoprime (30 mg/kg par jour de sulfaméthoxazole et 6 mg/kg par jour de triméthoprime) en 2 prises quotidiennes (contre-indiqué avant l'âge de 1 mois), ou le céfixime à la dose de 8 mg/kg par jour en 2 prises quotidiennes (indication d'AMM à partir de 3 ans), notamment en cas de résistance, d'intolérance ou de contre-indication au sulfaméthoxazole-triméthoprime.Grade B
Une durée de traitement de 3 à 5 jours est recommandée chez l'enfant.Accord Pro

Cystite récidivante de la petite fille
Elle est définie par la survenue d'au moins 3 épisodes infectieux par an.
Il n'existe pas de consensus sur l'intérêt et la durée de l'antibioprophylaxie dans ce cadre.
L'antibioprophylaxie a 2 objectifs : réduire la fréquence des épisodes d'infections urinaires et prévenir, ou au moins limiter, les lésions rénales secondaires aux épisodes répétés d'infection urinaire. Elle intervient en complément du traitement des facteurs de risque de l'infection : réplétion rectale (constipation, encoprésie), troubles mictionnels (instabilité vésicale, dyssynergie vésicosphynctérienne), et d'une hygiène périnéale adaptée. Si une antibioprophylaxie est décidée, les médicaments proposés sont l'association sulfaméthoxazole-triméthoprime, hors AMM, et la nitrofurantoïneGrade C.

Symptômes de cystite chez l'homme
Dysurie, pollakiurie et brûlures ne traduisent pas une cystite aiguë simple.
Il y a lieu de chercher une autre affection : prostatite, urétrite, maladie sexuellement transmissible, ou bien une cystite aiguë « compliquée ».

Conseils aux patients
La cystite aiguë simple est une affection bénigne. La prévention des récidives repose sur la cure de diurèse (volume urinaire > 1,5 litre par jour).Grade A

La cystite récidivante est une affection invalidante dont la prise en charge est facilitée par la responsabilisation de la patiente. Il faut rassurer la patiente sur le fait que l'infection urinaire basse multirécidivante n'est pas un facteur de risque d'insuffisance rénale.
Le respect de règles hygiéniques simples semble diminuer également le risque de récidive. Ces conseils reflètent un consensus professionnel et n'ont fait l'objet d'aucune évaluation contrôlée :

- ne pas se retenir longtemps d'uriner ;
- uriner après les rapports sexuels ;
- ne pas utiliser de produits de toilette intime parfumés ;
- éviter les douches vaginales à répétition ;
- arrêter l'utilisation éventuelle de spermicides.

Le maniement et l'interprétation des bandelettes urinaires réactives doivent être appris aux patientes.

Traitements : Médicaments cités dans les références

Fosfomycine trométamol
Par soucis de prévention des résistances, la fosfomycine trométamol est privilégiée en traitement monodose dans le traitement de la cystite aiguë simple, l'éradication bactérienne étant de l'ordre de 80 %. Cet antibiotique n'est pas efficace sur Staphylococcus saprophyticus.
La fosfomycine trométamol s'administre à raison de 1 sachet de 3 g en dose unique.
Elle bénéficie d'une bonne tolérance.
fosfomycine trométamol
FOSFOMYCINE TROMETAMOL 3 g glé p sol buv en sach
MONURIL 3 g glé p sol buv
URIDOZ 3 g glé p sol buv ad
Nitrofurantoïne
La nitrofurantoïne peut être utilisée dans le traitement de la cystite aiguë simple pendant 5 à 7 jours.Grade A
La posologie usuelle est de 150 à 350 mg par jour, en 3 prises.
Hors AMM, elle est proposée dans le traitement prophylactique des infections urinaires récidivantes, avec néanmoins des risques d'effets indésirables graves. Il faut signaler à la patiente qu'au cours du traitement, les urines prennent souvent une coloration brunâtre.
nitrofurantoïne
FURADANTINE 50 mg gél
FURADOINE 50 mg cp
MICRODOINE 50 mg gél
Fluoroquinolones
Les fluoroquinolones peuvent être utilisées en traitement probabiliste soit en traitement de 3 jours (plus régulièrement efficace selon les méta-analyses), soit en dose unique. On constate néanmoins, régulièrement et de manière inquiétante, une augmentation du pourcentage de souches, même communautaires, d'Escherichia coli résistantes à ces médicaments.
Posologie :
La ciprofloxacine et l'ofloxacine peuvent être utilisées en monoprise : 1 comprimé en dose unique. La ciprofloxacine (250 mg, 2 fois par jour), la loméfloxacine (400 mg, 1 fois par jour, de préférence le soir) et la norfloxacine (400 mg, 2 fois par jour) s'administrent en traitement de 3 jours. L'énoxacine (400 mg, 1 fois par jour, le soir) est utilisée en traitement de 5 jours.
Parmi les effets indésirables des fluoroquinolones, des arthralgies, des myalgies, des tendinites et des ruptures du tendon d'Achille ont été rapportées. Les tendinites touchent préférentiellement les sujets de plus de 65 ans, ceux soumis à une corticothérapie, ceux ayant déjà présenté une tendinite et ceux pratiquant une activité sportive intense. Dans la recommandation de l'Afssaps, la péfloxacine est exclue du choix en raison d'un risque plus élevé de tendinopathie, même en traitement court. Il faut éviter l'exposition solaire pendant le

traitement du fait d'un risque important de photosensibilisation et d'éruption cutanée. Les fluoroquinolones sont contre-indiquées en cas de tendinopathie survenue lors d'un traitement antérieur par fluoroquinolone.
ciprofloxacine
CIFLOX 250 mg cp pellic
CIFLOX 500 mg cp pellic séc
CIFLOX 500 mg/5 ml glé/sol p susp buv
CIFLOX 750 mg cp pellic
CIPROFLOXACINE 250 mg cp pellic
CIPROFLOXACINE 500 mg cp pellic séc
CIPROFLOXACINE ACTAVIS 750 mg cp pellic
CIPROFLOXACINE ARROW 750 mg cp pellic
CIPROFLOXACINE MYLAN 750 mg cp pellic
CIPROFLOXACINE PANPHARMA 500 mg cp pellic
UNIFLOX 500 mg cp pellic séc
énoxacine
ENOXOR 200 mg cp pellic
loméfloxacine
LOGIFLOX 400 mg cp pellic séc
norfloxacine
NORFLOXACINE 400 mg cp pellic
NOROXINE 400 mg cp enr
ofloxacine
MONOFLOCET 200 mg cp pellic
OFLOXACINE 200 mg cp

Autres antibiotiques
D'autres antibiotiques ne sont plus recommandés dans le traitement probabiliste des cystites aiguës simplesGrade A, en raison du niveau de résistance bactérienne : amoxicilline, amoxicilline/acide clavulanique, céphalosporines de 1re génération, céphalosporines de 2e génération, pivmecillinam, sulfaméthoxazole-triméthoprime. Cependant, certains peuvent être prescrits en fonction des données d'un antibiogramme.
amoxicilline + acide clavulanique
AMOXICILLINE/AC CLAVULANIQUE 1 g/125 mg pdre p susp buv ad
AMOXICILLINE/AC CLAVULANIQUE 500 mg/62,5 mg cp pellic ad
AUGMENTIN 1 g/125 mg pdre p susp buv Ad
AUGMENTIN 500 mg/62,5 mg cp pellic Ad
céfaclor
ALFATIL 125 mg/5 ml pdre p susp buv
ALFATIL 250 mg gél
ALFATIL 250 mg/5 ml pdre p susp buv
ALFATIL 375 mg cp pellic LP
ALFATIL 500 mg cp pellic LP
CEFACLOR 125 mg/5 ml pdre p susp buv
CEFACLOR 250 mg/5 ml pdre p susp buv
HAXIFAL 500 mg cp efferv
céfalexine
CEFALEXINE 1 g cp
CEFALEXINE 500 mg cp
KEFORAL 1 g cp pellic
KEFORAL 125 mg/5 ml pdre p susp buv
KEFORAL 250 mg/5 ml pdre p susp buv en flacon
KEFORAL 500 mg cp pellic
céfatrizine
CEFATRIZINE 500 mg gél

céfixime
CEFIXIME 100 mg/5 ml pdre p susp buv en fl
CEFIXIME 200 mg cp pellic
OROKEN 100 mg/5 ml pdre p susp buv enf
OROKEN 200 mg cp pellic
céfradine
DEXEF 500 mg gél
pivmecillinam
SELEXID 200 mg cp pellic
sulfaméthoxazole + triméthoprime
BACTRIM cp adulte
BACTRIM FORTE cp
SULFAMETHOXAZOLE/TRIMETHOPRIME 800 mg/160 mg cp

Médicaments non cités dans les références
Péfloxacine
La péfloxacine, même en traitement court, n'est pas recommandée en raison d'un risque plus élevé de tendinopathie.
péfloxacine
PEFLACINE MONODOSE 400 mg cp enr
Acide pipémidique
L'acide pipémidique n'a plus de place dans le traitement des cystites.Accord Pro
PIPRAM FORT 400 mg cp enr

Test de dépistage des infections urinaires

Bandelettes urinaires multiréactives
Les bandelettes urinaires multiréactives permettent de confirmer le diagnostic d'infection urinaire par la mise en évidence de la présence de leucocytes et de nitrites dans les urines. La présence des nitrites traduit la réduction des nitrates induite par la plupart des germes impliqués dans les cystites (comme les Escherichia coli). Mais la réaction peut être mise en défaut lors d'infections à d'autres germes parmi lesquels certains staphylocoques, ou lors de l'examen d'urines n'ayant pas séjourné assez longtemps dans la vessie (4 heures).
Ces bandelettes sont très utiles si elles sont correctement employées : la qualité et la validité des résultats obtenus sont conditionnées par le respect des délais de péremption, des conditions de conservation et d'utilisation indiquées par le fabricant. Imprégnées d'un ou plusieurs réactifs chimiques, les bandelettes sont souvent sensibles à la chaleur, à l'humidité et à la lumière : elles doivent être généralement conservées à une température inférieure à 30 °C, dans un endroit sec (hors du réfrigérateur), dans leur flacon d'origine, avec le desséchant, et ne doivent en être sorties qu'au moment de l'utilisation.
Le récipient de recueil de l'urine doit être sec et propre, rincé à l'eau claire, sans antiseptique.
L'analyse doit se faire sur des urines fraîchement émises, du milieu du jet, avec toilette locale soigneuse préalable au savon, suivie d'un rinçage à l'eau.
Le mode d'emploi de la bandelette doit être respecté, en veillant à ne pas toucher les zones réactives, à plonger et retirer immédiatement la bandelette de l'urine, à tapoter la tranche de la bandelette. Pour la lecture, tenir la bandelette horizontalement en respectant les temps de lecture indiqués (ex. : 2 minutes pour la plage leucocytes). Dans ces conditions, la valeur du dépistage d'infection urinaire par bandelette urinaire est élevée (valeur prédictive négative > 95 % dans la cystite aiguë simple).

À titre d'exemple et de façon non exhaustive : COMBUR 2 TEST LN (50 bandelettes), COMBUR 3 TEST (50 bandelettes), COMBUR 7 TEST (100 bandelettes), COMBUR 10 TEST (100 bandelettes), KETO-DIABUR TEST 5000 (50 bandelettes), KET-DIASTIX (50 bandelettes), etc.

Traitements non médicamenteux cités dans les références

Cranberry

La cranberry (Vaccinium macrocarpon), fruit d'une airelle proche de la canneberge, pourrait avoir un effet de prévention des infections urinaires basses non compliquées. Les modalités d'utilisation ne font pas l'objet de consensus.

Références

« Diagnostic et antibiothérapie des infections urinaires bactériennes communautaires chez l'adulte », Recommandations de bonne pratique, Afssaps, juin 2008. http://www.afssaps.fr/var/afssaps_site/storage/original/application/87713fb6508e3ba881f2204e9e92ba26.pdf

« Diagnostic et traitement des infections bactériennes urinaires de l'adulte », Progrès en Urologie, 2008, vol. 18, supp. 1, pp. 1-23.

« Médicaments anti-infectieux en pathologies communautaires », Fiches de transparence, Commission de la Transparence, 2004.

« Antibiotics for Preventing Recurrent Urinary Tract Infection in Non Pregnant Women », Albert X. et al., The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2004.

« Guidelines for Antimicrobial Treatment of Uncomplicated Acute Bacterial Cystitis and Acute Pyelonephritis in Women », Warren J. W. et al., Clinical Infectious Diseases, 1999, n° 29, pp. 745-758.